

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-572296

48925

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3918 Société : TRA7  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEINI TAJEB  
 Date de naissance : 02 12 1963  
 Adresse : 716, Boulevard de FES CASABLANCA  
 Tél. : 0661 46 1934 Total des frais engagés : 754,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2020  
 Nom et prénom du malade : SKALLI KANIE Age : 16  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : White Leukemia - D. HSA  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 1/1/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19 NOV 2020		35	3000	INP : [Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Podiatre	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JARDINS POLO Papa SEKKAT Docteur en Pharmacie Avenue Atlantide, NS 102 Bis Polo Casablanca - Tél: 0522 52 74 00	19/11/20	454,80

PPV 116DH40 LOT 99039 2  
EXP 09/2021

**FLOXAM**<sup>®</sup>  
Fluocloxaciline  
500 mg 24 gélules

15180  
PPV 150H30  
PER 11/21  
LOT H2345

P.P.V. 110.0 MAD

**Tabunex**<sup>®</sup>

# AUXILIAIRES MEDICAUX

PPV 150H70  
PER 07/22  
LOT 11821

19,70

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Tetraxim inj b1 ser 1 dose  
P.P.V. : 134,60 DH

6 118001 08072-

Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
	PC	IM	IV
LOT : 9941			
UT. AV : 04-22			
P.P.V. : 58 DH 30			

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																								
				MONTANTS DES SOINS [ ]																								
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																								
				FIN D'EXECUTION [ ]																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	[Création, remonte, adjonction]			MONTANTS DES SOINS [ ]																								
	Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]																								
				DATE DE L'EXECUTION [ ]																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Makine OUAZZANI Touhami

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies  
des Enfants et Nourrissons

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)  
(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine\_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous

(Cabinet fermé Jeudi après midi)

# الدكتور مكيّن الوزاني تهايمي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع  
21، زنفة حافظ إبراهيم ( شاطوبريان سابقا )

كوتي - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)  
الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

البريد الإلكتروني: makine\_ouazzani@hotmail.com

بالموعود

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

19.11.2020

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

Mr SKALLI HOUSSEINI Kamil

1 FLOXAM 500MG GELULES

Prendre 1 gélule le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

2 DOLIPRANE 500 mg gél. B/16

Prendre 1 gélule le matin, à midi et le soir, pendant 2 jours.

3 TABUNEX

Une pulvérisation dans chaque narine par jour

4 APAZIDE GELULE

Prendre 1 gélule le matin et le soir, pendant 7 jours.

5 TETRAXIM

6 MEGASFON 160MG

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 5 jours.

Pr Makine OUAZZANI TOUHAM

## En cas d'urgence

Clinique Cardiologique et Pédiatrique "CALIFORNIE"

545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie

Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

## في حالة استعجال

مصحة القلب و الأطفال "كليفورنيا"

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55